

委任状

年 月 日

| | | | | | | | | | |
|--------|----------|-----------------------------|--|--|--|----------|-------------|--|--|
| 被保険者番号 | | | | | | | | | |
| 委任者 | 住 所 | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | |
| | 電話番号 | () — | | | | | | | |
| | 被保険者との続柄 | | | | | 生年 月日 | 年 月 日 | | |

下記の者を受任者とし、療養費の(申請・受領)に関する権限を委任します。

| | | | | | | | | |
|-----|---------|-----------------------------|--|--|--|----------|-------------|--|
| 受任者 | 住 所 | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | |
| | 電話番号 | () — | | | | | | |
| | 委任者との続柄 | | | | | 生年 月日 | 年 月 日 | |

| | | | |
|--------------|--|------|-----|
| 市区町職員 記入欄 | 本人確認書類 | 確認日付 | 担当者 |
| | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> () | | |